

FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 60

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA GASTROSTOMIE

Travail du Centre Anticancéreux de Marseille

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

le Novembre 1940

PAR

RENÉE WEILL

Née le 1^{er} Juin 1915, à Marseille

EXTERNE DES HOPITAUX
DIPLOMÉE DE MÉDECINE COLONIALE
DIPLOMÉE D'HYGIÈNE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. L. CORNIL, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		J. MONGES,		
		M. BRÉMOND,		
		P. MOIROUD,		

MARSEILLE
Imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1940

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA GASTROSTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA GASTROSTOMIE

Travail du Centre Anticancéreux de Marseille

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

le Novembre 1940

PAR

RENÉE WEILL

Née le 1^{er} Juin 1915, à Marseille

EXTERNE DES HOPITAUX

DIPLOMÉE DE MÉDECINE COLONIALE

DIPLOMÉE D'HYGIÈNE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. L. CORNIL, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		J. MONGES,		
		M. BRÉMOND,		
		P. MOIROUD,		

MARSEILLE
Imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. J. PIERI	MM. POINSO	MM. FIGARELLA	MM. CHOSSON
JAYLE	DUBOULOZ	SALMON	IMBERT
MOIROUD	SAUTET	PAILLAS	AUDIER
CARCASSONNE	BALANSARD	ARNOUX	DOR
BERTHIER	BRAHIC	DELPHAUT	RECORDIER

Agrégé libre

M. QUINTARET

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	QUINTARET
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLIOT



A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE

A MA SŒUR

A MON FIANCÉ

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. CORNIL

*Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur d'Anatomie Pathologique
et de Médecine Expérimentale
Directeur du Centre Anticancéreux*

Qui, après avoir été notre Maître à l'Hôpital et à la Faculté, a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur P. MOIROUD

Chirurgien des Hôpitaux

Dont la bienveillance et l'intérêt ne nous ont jamais fait défaut depuis le début de nos études médicales.

En témoignage de reconnaissance et de respectueux dévouement.

Monsieur le Professeur J. MONGES

Professeur de Clinique Médicale

Remerciements et témoignage de profonde admiration.

Monsieur le Professeur M. BREMOND

Professeur de Clinique O. R. L.

Remerciements et hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. PAOLI

A qui nous devons le sujet de cette thèse. Il ne nous a pas ménagé ses conseils pendant l'élaboration de ce travail et n'a cessé de nous témoigner une patience et une amitié dont nous avons été très touchée.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre sincère admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR N. CARREGA

Qui a bien voulu nous communiquer ses observations sur ce sujet.

Remerciements et hommages respectueux.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur P. MOIROUD

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur E. VAYSSIÈRE

Professeur de Clinique Obstétricale

Monsieur le Professeur J. FIGARELLA

Chargé de la Clinique Gynécologique

Monsieur le Professeur H. ROGER

Professeur de Clinique Neurologique

Monsieur le Docteur F. PETIT

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur P. VIGNE

Professeur de Clinique Dermatologique

Monsieur le Professeur L. CORNIL

Directeur du Centre Anticancéreux

Monsieur le Professeur E. CAMBON

Chirurgien accoucheur de la Maternité

Monsieur le Professeur Y. BOURDE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Monsieur le Professeur R. IMBERT

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur M. ARNAUD

Chirurgien des Hôpitaux

A NOS MAITRES DU DIPLOME
DE MEDECINE COLONIALE :

En particulier à Monsieur le Professeur JOYEUX

Directeur de l'Institut Colonial

A NOS MAITRES DU DIPLOME D'HYGIENE :

En particulier à Monsieur le Professeur VIOLLE

Directeur de l'Institut Méditerranéen d'Hygiène

INTRODUCTION

Nous envisagerons ici la gastrostomie comme moyen d'alimenter un malade atteint de sténose œsophagienne, d'origine néoplasique.

Aussi, rappellerons-nous quelques notions sur le cancer de l'œsophage, et ses différents moyens de traitement.

Parmi ceux-ci, nous en retiendrons un : « la gastrostomie ».

Après avoir étudié son historique, nous en poserons les indications dans le cancer de l'œsophage. Nous verrons ensuite les différents procédés proposés, leurs inconvénients. Nous verrons ainsi, après en avoir détaillé la technique, et grâce à quelques observations, en quoi le procédé de DEPAGE-JANEWAY nous semble préférable aux procédés classiques.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

A) LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

A) SA FRÉQUENCE.

Le cancer de l'œsophage est une maladie assez fréquente puisque, pour MATHIEU, il représenterait 6 % des affections cancéreuses. La statistique que nous avons faite au centre anticancéreux de Marseille nous semble beaucoup plus faible puisque, de 1932 à 1939, nous n'avons pu trouver que 40 observations de cancers de l'œsophage sur un nombre total de 4.035 malades, soit 0,99 %.

Remarquons que tous nos malades sont du sexe masculin, ce qui confirme l'opinion de PETRI, qui trouve 41 hommes sur 44 observations ; MACHENZIE, un pourcentage de 80 %, etc...

Le cancer de l'œsophage survient chez des adultes ayant dépassé 40 ans, dans 80 % des cas, d'après VON HACKER, avec un maximum entre 50 et 65 ans.

On a incriminé comme causes favorisantes : l'éthylisme, le tabagisme et on a fait jouer un rôle à l'existence

d'une leucoplasie œsophagienne analogue à la leucoplasie linguale, prédisposant au cancer.

Il faut surtout reconnaître une influence à l'existence d'une atteinte antérieure de l'œsophage soit par un corps étranger, soit par un rétrécissement consécutif à l'absorption de liquides caustiques.

B) SON SIÈGE.

Il est variable. L'œsophage peut être atteint sur toute son étendue, mais alors que pour LOTHEISSEN, le cancer prédomine au niveau des rétrécissements naturels, pour MACHENZIE et ROKITANSKY, c'est le segment supérieur, le plus souvent atteint. Pour ZENCKER et PÉTRI, et la plupart des auteurs se sont ralliés à cette opinion, le segment inférieur paraît le plus fréquemment altéré.

C) SA NATURE.

Le cancer de l'œsophage est un épithélioma spino-cellulaire. Suivant que la néoformation débute par les couches profondes de l'épithélium de revêtement ou par les canaux excréteurs des glandes, la tumeur est superficielle ou sous-muqueuse.

D) SON ÉVOLUTION.

Le cancer commence par un petit noyau qui fait une saillie plus ou moins nette dans la lumière du canal.

La propagation se fait à la fois dans le sens vertical et transversal, si bien que le néoplasme tend à former un anneau plus ou moins serré, qui rétrécit de toute part le calibre du conduit.

Comme dans la plupart des cancers, on peut rencontrer ici aussi des formes bourgeonnantes en chou-fleur, des formes érosives, des formes squirreuses.

En amont, l'œsophage est très dilaté, enflammé, altéré. En aval, il est rétracté sur lui-même.

Le cancer a tendance à envahir les organes voisins, en particulier la trachée, la bronche gauche, le pneumogastrique, les récurrents, etc...

La propagation aux lymphatiques est constante et précoce, les territoires ganglionnaires atteints correspondent au siège de la tumeur, mais il n'y a généralement pas de métastases viscérales.

L'évolution est rapide et ne dépasse qu'exceptionnellement un an.

*
* *

B. — SON TRAITEMENT.

Dès que le diagnostic qui, outre la clinique, est confirmé par une radioscopie après ingestion barytée, et accessoirement par une œsophagoscopie, quels sont les traitements à envisager ?

1. TRAITEMENT CURATIF.

Il n'en existe qu'un seul : à savoir l'exérèse de la tumeur, opération pratiquée pour la première fois en 1877 par CZERNY, qui, depuis, a été peu employé.

L'insuccès de l'œsophagectomie tient à deux causes :

— D'abord l'œsophage cervical a été considéré longtemps comme seul accessible. C'est sur lui que CZERNY opérait en 1877, de même que QUERVAIN, TRENDLENBURG, CARRÉ en 1899, VON HACKER en 1908.

Jean-Louis FAURE, à cette époque, et depuis quelques auteurs, ont pratiqué cette intervention sur l'œsophage thoracique, mais avec une mortalité postopératoire telle que cette intervention a dû être à peu près abandonnée.

— De plus, on estime (QUERVAIN), qu'une résection de plus de 4 cms ne peut être réparée par rapprochement des deux extrémités; or, le cancer, quand il est diagnostiqué, demande une exérèse plus considérable que cela.

Il faudrait donc envisager de pratiquer chez ces malades une œsophagoplastie telle que celles que JIANO d'abord en 1901, puis ROUX DE LAUSANNE, avaient essayé de faire et dont R. GRÉGOIRE reprit ensuite la technique avec succès. Mais ceci ne peut encore être considéré comme de pratique chirurgicale courante.

Aussi l'œsophagectomie est une méthode dont les chances de succès sont encore très minimes, sauf, comme le dit QUERVAIN : « *pour le cancer de la portion cervicale de l'œsophage, qui, à son début, doit être regardé comme aussi susceptible de guérison radicale que tout autre cancer* ».

.2 TRAITEMENT PALLIATIF.

a) *La dilatation.*

Les procédés de dilatation, au moyen de sondes et d'olives, sont en usage courant à la clinique Mayo où MARCH note une mortalité traumatique de 1 à 2,5 % seulement.

Pour LÆWY, les résultats obtenus ainsi peuvent être mis en parallèle avec ceux obtenus par la gastrostomie, mais il avoue lui-même la possibilité des métastases et le danger de ruptures des parois, déjà amincies et friables, de l'œsophage.

Pour QUICK et MARTIN, ce procédé est à rejeter formellement, car ces auteurs le considèrent comme impossible dans les cas de sténose serrée et comme dangereux dans tous les cas.

De plus, ils font remarquer que ces procédés doivent être répétés à intervalles de plus en plus rapprochés pendant la survie des malades, alors que l'évolution du cancer rend ces manœuvres de plus en plus difficiles, douloureuses et dangereuses.

En France, du fait de ces inconvénients, la méthode est peu ou pas employée. Au centre anticancéreux de Marseille, cette technique n'a jamais été pratiquée.

b) La radiumthérapie.

Connaissant l'action du radium sur certains cancers, on s'attendrait à trouver placée la radiumthérapie comme un traitement curatif et même comme un traitement de choix du cancer de l'œsophage. Mais en raison des résultats ainsi obtenus, il nous a paru plus logique de le classer comme traitement palliatif, puisque c'est dans ce seul but qu'il est employé actuellement.

Certains cas de guérison sont cités par GUISEZ, BOTEY, HASLINGER, mais VINSON paraît résumer l'opinion générale quand il dit : «...*Les résultats sont décevants, ils ne sont que palliatifs* ».

Parmi les 40 observations de cancers de l'œsophage que nous avons recueillies, nous ne trouvons qu'un seul cas datant de 1935 où la radiumthérapie seule a entraîné une guérison ou tout au moins une survie de plus de deux ans.

Les résultats de ce traitement sont transitoires, mais ont une existence réelle.

La radiumthérapie supprime la sténose en faisant fondre les couches superficielles de la tumeur, créant

ainsi une véritable dilatation, mais l'évolution en général reste la même, la survie ne paraît même pas être augmentée.

c) *La gastrostomie.*

C'est le procédé à peu près uniquement employé en France, nous allons l'étudier plus longuement.

CHAPITRE II

LA GASTROSTOMIE

HISTORIQUE

C'est en 1813 que le norvégien EGELBERG, par analogie avec l'existence de fistules traumatiques, émit l'hypothèse de la possibilité de la gastrostomie.

En 1841, BLONDIOT, dans le but d'étudier la sécrétion gastrique, fit une véritable gastrostomie chez le chien.

En 1844, WATSON précise qu'il lui paraît nécessaire de pratiquer l'incision à égale distance du cardia et du pylore sur la face antérieure de l'estomac, si on ne veut pas gêner ses fonctions.

En 1845, FLEURY et MONNERET voient l'intérêt de cette thérapeutique dans les sténoses œsophagiennes, quelques soient leurs origines.

Mais il est surtout très important de mentionner le nom de SÉDILLOT qui, en 1846, pose les indications de la gastrostomie et qui, peu d'années après, en 1850 d'abord, puis en 1853, pratique cette intervention ; ce fut d'ailleurs un double échec.

Cette intervention abandonnée alors en France, est essayée en Allemagne par FINGER (1854) qui, lui aussi, subit un échec ; puis en Angleterre par Sydney JONES (1875), dont l'opéré atteint de cancer meurt quelques

semaines seulement après l'intervention, non des suites de celle-ci, mais bien de son cancer.

Ce n'est qu'en 1876 que de nouveaux essais de gastrostomie sont pratiqués en France. LABBÉ, d'abord, l'emploie pour enlever un corps étranger, mais fistulisant l'estomac, il crée ainsi une véritable gastrostomie.

A partir de cette époque, de très nombreux procédés ont été tour à tour préconisés, puis abandonnés. Nous ne ferons que citer quelques noms, puisque nous nous étendrons plus longuement sur certains d'entre eux.

Tout d'abord, il nous faut citer le nom de VERNEUIL qui, en 1876, décrit le premier sa technique.

Après lui, HOUSE en 1899, FERRIER en 1890, PONCET en 1891, WITZEL en 1891 également, FONTAN et KADER en 1896, HARTMANN en 1902.

En 1901 et en 1903, DEPAGE (de Bruxelles), décrit un procédé de gastrostomie par plastie tubulaire, mais sa méthode tombe dans l'oubli.

En 1914, JANEWAY (de New-York,) reprend cette technique, la modifie de façon importante et lui donne son nom.

En 1928, QUICK et MARTIN apportent encore quelques modifications à la technique de DEPAGE-JANEWAY et la pratiquent sur un grand nombre de malades avec un pourcentage de succès important.

En 1930, RHEAUME (au Canada), emploie également cette technique avec succès.

En 1932, le Professeur BRÉMOND (Marseille), décrit un procédé personnel.

Enfin, signalons la thèse de HO-DAC-DI qui, en 1929, fait une mise au point importante des procédés classiques de gastrostomie, et décrit le procédé WITZEL, modifié par GERNEZ et lui-même.

SES INDICATIONS

Les indications de la gastrostomie dans les sténoses cancéreuses de l'œsophage, découlent de ce que nous avons dit de leurs divers traitements.

Nous nous trouvons en présence de malades, chez qui la dysphagie, d'abord légère, a permis une alimentation liquide, mais qui ne peuvent plus, ou à peu près plus, s'alimenter par la bouche. Des régurgitations se produisent, le malade s'amaigrit, la cachexie s'installe.

— Nous avons vu que l'exérèse est une méthode théoriquement excellente, mais dont l'application pratique n'est pas encore assez au point pour entrer dans la chirurgie courante.

— Nous avons vu que la dilatation est une méthode reconnue dangereuse, même par ceux qui la préconisent. C'est une méthode essentiellement transitoire ; elle doit être pratiquée à plusieurs reprises, chaque manœuvre devenant plus douloureuse, plus dangereuse que la précédente.

— Nous avons vu que le radium n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. Dans de nombreux cas, le radium ne peut être mis en place, la sténose étant déjà trop serrée pour laisser passer les tubes. Ceux-ci risquent de se déplacer et d'irradier ainsi une région saine. Même chez les malades chez qui on peut placer le radium, il se produit souvent des phénomènes d'intolérance, parfois graves, se traduisant le plus souvent par une élévation thermique marquée.

Enfin, même quand ce traitement se fait dans les meilleures conditions, l'action du radium est, la plupart du temps, transitoire et même de courte durée.

C'est par rapport au peu de succès de ces méthodes qu'il nous semble que dans la majorité des cas, la gastrostomie se pose comme seul traitement du cancer de l'œsophage.

C'est une opération simple, faite sous anesthésie locale, ne dépassant pas une trentaine de minutes.

La mortalité opératoire est extrêmement variable, suivant les auteurs. Pour ZEAS, que cite R. GRÉGOIRE, la mortalité postopératoire était de 83 %, LÉWY considère qu'elle est de 50 %, GRÉGOIRE affirme une mortalité de 20 %. Mais à ces chiffres, nous devons opposer ceux de QUICK et MARTIN, qui, sur 52 opérés par le procédé que nous préconisons, ne trouvent une mortalité postopératoire que de 5,8 %, dont quelques cas mêmes ne sont pas strictement opératoires, mais dus au cancer lui-même.

Au centre anticancéreux de Marseille, sur les 40 cancers étudiés, 24 ont été gastrostomisés par des procédés divers, avec une mortalité de 25 % environ, c'est-à-dire analogue à celle affirmée par R. GRÉGOIRE.

Mais à ces chiffres, nous pouvons encore opposer, parmi les malades opérés par le procédé de DEPAGE-JANEWAY, soit au centre anticancéreux, soit dans le service d'O. R. L. de la conception, qu'aucun n'a succombé à son intervention. Le nombre de ces malades est trop faible pour que nous puissions en déduire un pourcentage, mais le fait est cependant à signaler.

Outre la mortalité post-opératoire, un gros argument contre la gastrostomie repose dans son incontinence et, de ce fait, dans l'infection, la désunion de la cicatrice, l'alimentation imparfaite qui en résulte. Ici encore, cet argument nous semble exagéré. Le Professeur BRÉMOND, à la Clinique O. R. L. de Marseille obtient, par son pro-

cédé, des bouches absolument continentes et nous le verrons ultérieurement, nos observations sont formelles pour affirmer la continence parfaite des gastrotomies pratiquées par le procédé de DEPAGE-JANEWAY.

La continence est absolue, la sonde n'est mise en place qu'au moment des repas, et, dans ce procédé tout au moins, on ne peut pas parler d'infirmité, ni même de gêne pour ces malades.

Il faut insister sur ce, que pour obtenir de bons résultats, s'il n'est pas question de pratiquer la gastrostomie dès que le diagnostic est posé et alors que l'alimentation est encore possible, il ne faut cependant pas attendre que la cachexie se soit installée. Dès que l'alimentation liquide par la bouche devient difficile, il faut pratiquer la gastrostomie, alors que l'état général du malade n'assombrit pas encore le pronostic et le pronostic opératoire en particulier.

Mais si ces conditions favorables se trouvent remplies, on doit indiscutablement recourir à la gastrostomie ; non seulement. elle permettra à l'œsophage d'être au repos et net de toute souillure, mais encore en facilitant l'alimentation du malade, elle favorisera la conservation d'un bon état général.

LES DIFFERENTS PROCEDES

Tous les procédés tendent au même but, qui est de créer une bouche aussi continente que possible, question primordiale pour deux raisons :

1. Seule, une bouche parfaitement continente permet une alimentation complète sans rejet d'aliments.

2. Seule, une bouche parfaitement continente empêche le rejet de suc gastrique et évite ainsi l'autophagie qui en résulte.

I. - Procédés de fistulisation directe :

A) EN UN TEMPS :

1. PROCEDE DE VERNEUIL (1876),

a) Incision parallèle au rebord costal gauche, longue de 5 cms.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac.

c) Gastropexie qui soude intimement le cône stomacal aux lèvres de la plaie.

d) Ouverture de l'estomac aussi petite que possible et introduction d'une sonde molle fixée à la plaie.

C'est un procédé de fistulisation directe en un temps avec sonde fixe.

2. PROCEDE DE TERRIER (1890).

a) Incision de Labbé, parallèle au rebord costal gauche, longue de 7 cms, ou incision verticale faite sur le bord externe du grand droit gauche.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac.

c) Gastropexie, qui réunit la séreuse pariétale à la séreuse viscérale.

d) Ouverture de l'estomac aussi petite que possible.

e) Suture de la muqueuse à la peau.

La sonde est mise en place seulement au moment des repas.

C'est un procédé de fistulisation directe en un temps avec sonde amovible.

B) EN DEUX TEMPS :

3. PROCEDE DE HOUSE.

a) Incision.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac.

c) Gastropexie.

Ces trois temps sont les mêmes que dans le précédent.

d) Au bout de quelques jours, alors qu'il s'est formé des adhérences entre l'estomac et la paroi, on fait l'ouverture de l'estomac par simple ponction.

C'est un procédé de fistulisation directe en deux temps, avec sonde fixée.

4. PROCEDE DE GOLDING-BIRD.

Identique au précédent. On dilaterait progressivement la fistule, de façon à former un anneau constricteur par contraction des fibres musculaires de l'estomac.

II. - Procédés Sphinctériens

5. PROCEDE DE VON HACKER (1890).

- a) Incision verticale para-médiane gauche.
- b) Dissociation des fibres du grand droit.
- c) Ouverture du péritoine et suture à la paroi.
- d) Recherche et extériorisation du cône stomacal, qui, suturé au péritoine, passe à travers les fibres dissociées du droit.
- e) Ouverture de l'estomac.

Procédé sphinctérien dont le sphincter est réalisé par les fibres musculaires du grand droit.

6. PROCEDE DE GIRARD (1890).

Analogue au précédent, mais les fibres du droit sont, de plus, entrecroisées pour former un sphincter plus actif.

7. PROCEDE DE HAHN (1887).

- a) Première incision de Labbé, parallèle au rebord costal gauche.
- b) Deuxième incision parallèle à la première au niveau du huitième espace intercostal gauche.
- c) C'est par cette seconde incision qu'on fera passer l'estomac et qu'on le fixera à la peau.
- d) Ouverture de l'estomac.

Procédé sphinctérien dont le sphincter est formé par action des cartilages costaux.

8. PROCEDE D'HARTMANN (1877).

- a) Incision verticale para-médiane gauche qui comprend, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, la gaine antérieure du muscle ; celui-ci est récliné en dehors. On ouvre la gaine postérieure et le péritoine.

b) On fixe l'estomac au péritoine.

c) On dissocie le muscle grand droit et on attire l'estomac entre la face profonde de la gaine et la partie interne du muscle, puis entre les faisceaux dissociés.

On suture l'estomac à la gaine antérieure.

d) Ouverture de l'estomac et fixation de la muqueuse à la peau.

C'est un procédé sphinctérien avec trajet fistuleux sous-musculaire.

III. - Procédés formant un trajet fistuleux

9. PROCEDE DE SABONEEF-FRANCK (1893).

a) Incision de Labbé.

b) Recherche, extériorisation et fixation de l'estomac.

c) Ligne d'incision secondaire parallèle à la première, en dehors d'elle, et n'intéressant que la peau.

d) Décollement des parties molles entre les deux incisions, créant ainsi un tunnel par où l'on fait passer le cône gastrique.

e) Fixation de l'estomac aux lèvres cutanées de la deuxième. Incision et ouverture de l'estomac par ponction.

C'est un trajet fistuleux à trajet sous-cutané.

10. PROCEDE DE JABOULAY.

a) Incision paramédiane gauche à travers le grand droit.

b) Recherche et extériorisation par l'incision.

c) Deuxième incision médiane n'intéressant que la peau.

d) Décollement des parties molles entre les deux incisions ; fixation et ouverture de l'estomac à la deuxième incision.

C'est un procédé sphinctérien par action des fibres musculaires du droit.

C'est un procédé fistuleux à trajet sous-cutané.

11. PROCEDE D'ULMANN-SOULIGOUX (1920).

- a) Incision paramédiane gauche.
- b) Recherche et extériorisation du cône gastrique à qui l'on fait subir plusieurs tours de spire.
- c) Fixation à la peau.
- d) Dans un deuxième temps : ouverture du cône. On suture la musculuse à la gaine du droit et la muqueuse à la peau.

C'est un procédé fistuleux à trajet spiroïde stomacal.

12. PROCEDE DE MAYO-ROBSON.

- a) Incision verticale paramédiane gauche.
- b) Recherche et extériorisation du cône gastrique à travers les fibres dissociées du grand droit.
Fixation du cône au péritoine.
- c) Incision secondaire perpendiculaire à la première, ne portant que sur la peau.
- d) La peau est décollée et on fait passer le cône gastrique sous le tunnel sous-cutané.
Fixation à l'incision.
- e) Ouverture en un deuxième temps.

Procédé fistuleux à trajet sous-cutané avec ouverture de l'estomac en un deuxième temps.

Procédé sphinctérien par action des fibres du droit.

13. PROCEDE DE MARWEDEL (1896).

- a) Incision de Labbé. Le péritoine est fixé à la couche musculaire.
- b) On fait sur l'estomac un pli de même longueur et parallèle à l'incision ; on fixe l'estomac à l'incision.
- c) On incise sur toute la longueur du pli l'estomac sans atteindre la muqueuse qu'on décolle simplement.
- d) On couche une sonde n° 17 dans la gouttière ainsi formée et on l'enfonce dans l'orifice créé par ponction de la muqueuse au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie.

e) Après avoir fixé la sonde, on suture sur elle les deux lèvres formées par la musculo-séreuse de l'estomac.

f) Fermeture de la paroi. La sonde est laissée à demeure les premiers jours.

Procédé fistuleux à trajet sous-muqueux horizontal.

14. PROCEDE DE KOCHER.

a) Incision de Labbé portant sur la peau et l'aponévrose antérieure du grand droit. On récline en dehors le bord interne du grand droit. On incise la gaine postérieure et le péritoine.

b) On extériorise l'estomac qu'on fixe au péritoine et à la gaine postérieure du grand droit.

c) On place un drain verticalement, que l'on enfouit par la suture de deux plis stomacaux comprenant la musculo-séreuse.

d) A la partie inférieure de ce tunnel, on ponctionne l'estomac et on y enfonce le bout inférieur de la sonde. Puis on ferme l'orifice par un pli stomacal.

On fixe en haut l'estomac à la paroi et on ferme la paroi par dessus l'estomac en bas.

C'est un procédé fistuleux à trajet sous musculo-séreuse vertical.

IV. - Procédés valvulaires

15. PROCEDE DE PENIERES (1893).

Il consiste à créer une valvule muqueuse, grâce au fait que, lorsqu'on incise l'estomac, la musculuse et la séreuse se rétractent, alors que la muqueuse ne se rétracte pas, mais se décolle et forme un pli saillant à l'intérieur de la cavité stomacale.

Procédé valvulaire dont la valvule est formée par la muqueuse stomacale.

16. PROCEDE DE KADER (1896).

a) Incision de Labbé jusqu'au grand droit, dont les fibres sont dissociées dans le sens vertical. On incise la gaine postérieure et le péritoine.

b) On extériorise un petit cône gastrique auquel on pratique une ouverture dans laquelle on introduit une sonde que l'on fixe au bord de l'orifice.

c) On invagine alors l'orifice et la sonde, ce qui détermine la formation de deux bourrelets que l'on suture l'un à l'autre.

d) L'estomac est ensuite fixé à la paroi.

C'est un procédé sphinctérien par action des fibres du droit.

C'est un procédé valvulaire dont la valvule est formée par invagination de l'orifice stomacal.

17. PROCEDE DE SENN (1896).

a) Incision paramédiane gauche.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac.

c) On enserre la base d'un cône gastrique par deux catguts faufilés parallèlement et serrés.

d) L'estomac est fixé à la paroi séro-musculo-aponévrotique.

e) On ferme la plaie et on laisse seulement saillante la partie correspondante au sommet du cône. On incise ce sommet, on met une sonde et on invagine.

Procédé valvulaire par formation d'une bourse stomacale centrée par l'invagination de l'orifice stomacal.

18. PROCEDE DE FONTAN (1896).

a) Incision de Labbé.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac ; fixation d'un cône gastrique.

c) Incision de la musculuse, de la séreuse et décollement de la muqueuse du cône.

d) Incision très petite de la muqueuse et mise en place de la sonde.

e) On invagine le cône, on suture dans cette position par des points séro-séreux.

f) Fermeture de la paroi.

La sonde reste en place huit iours, puis n'est mise en place qu'au moment des repas.

Procédé valvulaire formé par invagination de l'orifice gastrique, complété par le décollement de la muqueuse d'avec la musculo-séreuse.

19. PROCÉDE DE WITZEL (1897).

a) Incision de Labbé comprenant : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose antérieure du grand droit.

On dissocie ses fibres et on sectionne son aponévrose postérieure. Incision du péritoine.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac aussi haut que possible. Trois pinces forment un triangle sur la paroi extériorisée.

c) Au sommet du triangle, on passe un fil de lin à travers la séreuse et la musculuse.

d) Au centre du triangle, on faufile un cercle de 1 cm. de diamètre, on ouvre l'estomac à ce niveau ; on met la sonde et on serre le fil autour d'elle. On couche la sonde vers en bas et on l'enfouit par rapprochement des deux plis formés par les deux pinces latérales ; suture de la musculo-séreuse.

On fixe avec le fil passé à l'angle supérieur, l'estomac à la gaine postérieure du grand droit.

On fixe au-dessus de la sonde l'estomac à la gaine postérieure et la sonde elle-même.

f) Fermeture de la paroi.

Procédé valvulaire par enserrement de l'orifice gastrique.

Procédé fistuleux à trajet horizontal musculo-séreux.

20. PROCÉDE DU P^r BREMOND (1933).

a) Incision paramédiane gauche comprenant toute la paroi.

b) Recherche et extériorisation du cône gastrique.

c) Fixation aux extrémités de l'incision de la base du cône gastrique au péritoine et à la gaine postérieure du droit, en ayant soin de ne pas placer le point inférieur à la partie extrême de l'incision, mais en le remontant le plus haut possible; l'hiatus aponévrotico-séreux qui subsistera au-dessous sera fermé par un point au catgut.

On circonscrit le cône par un fil faufilé à 1 cm. 5 du bord musculaire. Ce fil prend l'épaisseur du muscle et, de plus, la paroi stomacale entre quatre points cardinaux. Ce fil est serré autour du cône.

d) Incision de l'estomac, pose de la sonde. Invagination des bords de l'orifice gastrique par un surjet.

e) Fixation de l'estomac à la peau.

Procédé valvulaire par enserrement du cône et par invagination de l'orifice gastrique.

V. - Procédés par plastie tubulaire

21. PROCEDE DE DEPAGE-JANEWAY (1913).

a) Incision subombilicale paramédiane gauche.

b) Recherche et extériorisation de l'estomac.

c) Sur sa face antérieure, on découpe un lambeau long de 5 cms, large de 2,5 cms, dont la base est située sur la grande courbure, et l'extrémité libre sur la petite.

d) Pose d'une sonde jusque dans le duodénum.

e) Fermeture de la brèche stomacale et formation d'un tube plastique autour de la sonde par une suture en deux plans.

f) Passage du tube à travers les fibres dissociées du droit; suture de la muqueuse à la peau.

g) Fermeture de la paroi abdominale.

*C'est un procédé sphinctérien par action des fibres du droit.
C'est un trajet fistuleux à trajet muqueux.*

22. PROCÉDE DE DEPAGE-JANEWAY, modifié par QUICK et MARTIN (1928).

- a) Incision subombilicale médiane.
- b) Recherche et extériorisation de l'estomac.
- c) Formation du même lambeau.
- d) Pose de la sonde jusque dans le jéjunum.
- e) Fermeture de la brèche et du tube en deux plans comme précédemment.
- f) Passage du tube à travers le grand droit, grâce à une contre-incision paramédiane gauche.
- g) Fermeture de la paroi.

23. PROCÉDE DE DEPAGE-JANEWAY, modifié par MARTIN et WATSON (1933).

- a) Incision paramédiane gauche.
- b et c) Identiques dans la technique initiale.
- d) Pose de la sonde dans l'estomac.
- e) - f) - g) id que dans la technique initiale.

En 1901, DEPAGE, le premier, avait déjà décrit cette technique, mais la taille du lambeau se faisait en sens inverse, c'est-à-dire son extrémité libre répondant à la grande courbure, sa base à la petite courbure.

CRITIQUES

DES DIFFERENTS PROCEDES

Nous ferons une critique des différents procédés d'après :

1. INCISION.

L'incision médiane nous paraît la meilleure. En effet, l'incision paramédiane gauche ou l'incision de LABBÉ donnent un jour insuffisant, alors que l'incision médiane peut être agrandie, si c'est nécessaire, jusqu'à l'appendice xiphoïde en haut, jusqu'à l'ombilic en bas ; l'incision latérale ne peut être agrandie de façon importante, sans risquer de sectionner des filets nerveux d'où hypotonie secondaire des muscles de la paroi.

Du fait de l'insuffisance de la plaie opératoire et par la situation même de l'estomac, sa recherche sera plus délicate qu'avec une incision médiane subombilicale.

Enfin et surtout quand l'incision est latérale, la désunion de la plaie, l'obligation de procéder souvent à une suture par seconde intention, ont une importance plus grande que dans les incisions médianes.

DELVAUX a d'ailleurs souligné l'intérêt d'une incision médiane, en 1925.

2. LA POSE DE LA SONDE.

Nous pouvons d'abord signaler que, d'une façon tout à fait générale, les procédés où la sonde est mise en place

lors des repas seulement, nous paraissent supérieurs aux autres.

La présence de la sonde est une gêne, presque une infirmité pour le malade. La présence de la sonde de façon continue favorise l'infection, la suppuration, la désunion de la plaie.

Par sa présence enfin, elle tend à dilater les orifices par où elle passe et elle oblige ainsi quelquefois à substituer, au cours du traitement, des sondes de plus en plus grosses à la sonde initiale.

Enfin, il faut signaler que dans certains procédés, le procédé de WITZEL en particulier, où la sonde suit un trajet très complexe, l'arrachement accidentel de cette sonde pourrait obliger à une nouvelle intervention.

3. LE ROLE DE LA MUSCULATURE ABDOMINALE.

Tous les procédés sphinctériens sont basés sur la tonicité de la musculature abdominale. En réalité, ce rôle est tout à fait illusoire. La musculature d'un malade qui se cachectise progressivement, devient atone au bout d'un certain temps et l'action sphinctérienne ne subsiste pas. Ce manque de tonicité est favorisé par le fait que le passage à travers le grand droit a forcé à sectionner des pédicules vasculaires et des fibres nerveuses.

Le terrain sur lequel nous opérons est encore une cause de déficience de la musculature abdominale.

4. LE TYPE DE COMMUNICATION GASTRO-CUTANEE.

A) *Les procédés de fistulisation directe :*

Ils aboutissent l'estomac à la peau par un simple orifice. Il est inutile de dire que la continence ne peut exis-

ter dans de tels cas. Il y a ainsi alimentation insuffisante, souillure de la peau par les rejets de suc gastrique et d'aliments, désunion de la plaie, risque de péritonite, etc...

L'adjonction d'un second temps à cette opération restreindra les causes de péritonite, mais n'améliorera en rien la continence d'une telle bouche.

B) *Les procédés sphinctériens.*

Un grand progrès fût établi avec l'idée de créer un sphincter artificiel autour de la fistule stomacale. Si les sphincters ainsi créés, qu'ils soient formés par des fibres musculaires, par des fibres musculaires et l'aponévrose du grand droit, ou par les cartilages costaux, si ces sphincters avaient pu réellement jouer le rôle qu'on en attendait, ces procédés auraient été excellents, car leur technique est simple. Mais il faut bien avouer que cette action sphinctérienne est illusoire et, en tous cas, transitoires.

C) *Les procédés fistuleux.*

Certes, la substitution d'un trajet à un orifice est fondamentale pour la continence d'une gastrostomie. mais ces trajets sont sous-cutanés, sous-séreux, sous-muqueux, mais jamais constitué par un tissu capable de résister à l'action du suc gastrique et des souillures alimentaires.

D) *Les procédés valvulaires.*

Ils tendent à créer un dispositif analogue à celui qui existe dans la circulation veineuse pour empêcher le reflux du sang.

Ces procédés sont intéressants comme les procédés fistuleux d'ailleurs, et intéressants surtout quand ils peuvent associer les deux mécanismes comme dans le procédé de WITZEL.

Seulement, on arrive ainsi à des procédés complexes, sans obtenir pour cela une continence parfaite.

E)Quant aux procédés par plastie tubulaire,

Nous dirons ultérieurement en quoi ils nous ont semblé très supérieurs aux autres, puisque le procédé de DEPAGE-JANEWAY est celui que nous allons décrire maintenant, en y apportant de très légères modifications qui résultent des critiques mêmes que nous venons de formuler.

D'une façon tout à fait générale, signalons l'intérêt qu'il y a à ce que l'orifice gastrique ne siège pas sur la cicatrice opératoire.

CHAPITRE III

LE PROCEDE DE DEPAGE-JANEWAY

A) TECHNIQUE OPERATOIRE

Le malade est préparé, une demi-heure avant l'intervention, par une piqûre de sédol. Anesthésie locale à la syncaïne à 1/200.

1. *L'incision médiane* occupe le tiers moyen de la ligne xipho-ombilicale ; cette incision est généralement suffisante, mais elle peut être agrandie si l'estomac est difficile à extérioriser.

Cette incision comprend toute la paroi, dont le péritoine.

2. *A l'ouverture* de l'abdomen, ou l'estomac est visible et on n'a qu'à l'extérioriser, ou on ne le voit pas. Dans ce cas, il suffit de tirer sur le grand épiploon vers le bas pour amener l'estomac dans le champ opératoire. Il est alors placé hors de la cavité abdominale ; la petite courbure, la face antérieure et la grande courbure sont extériorisées aussi près que possible du cardia et sur une longueur de 8 cms environ.

La cavité abdominale est protégée par de grandes compresses.

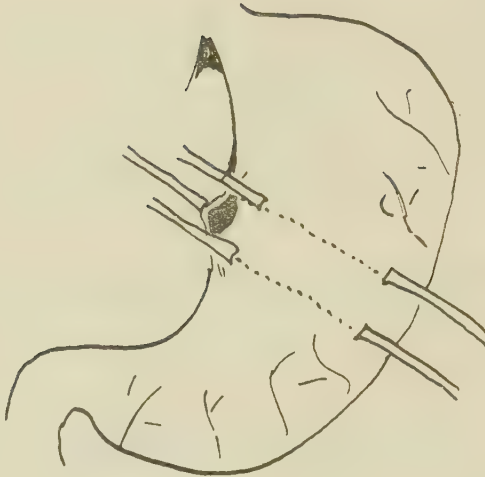


Fig. I

La première incision est faite parallèlement à la petite courbure. Le lambeau est repéré par quatre pinces.

Une pince est placée sur le milieu de la première incision.

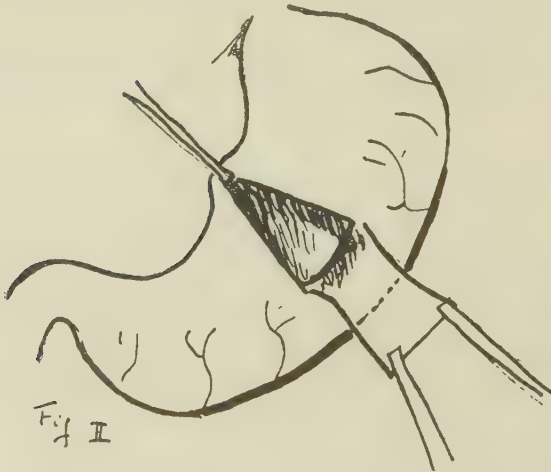


Fig II

Le lambeau est libéré.

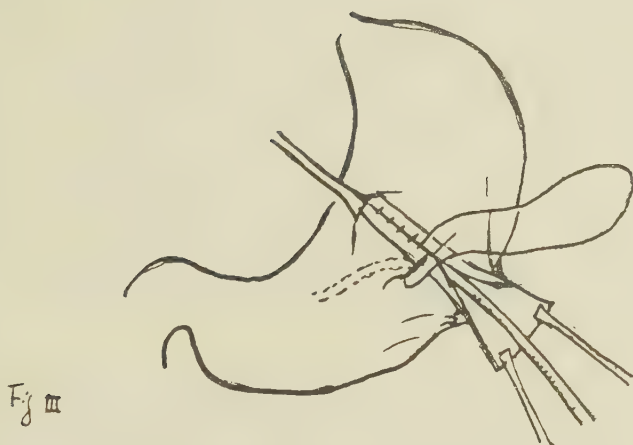


Fig III
La sonde est placée dans l'estomac.
La muqueuse est suturée par un surjet.

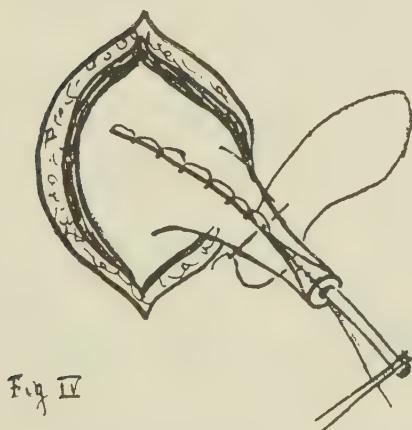


Fig IV
La suture de la muqueuse est terminée.
Celle de la séreuse s'achève.

(Figures d'après QUICK, MARTIN et WATSON)

3. *Libération du lambeau.* — Un lambeau rectangulaire, long de 3 cms, large de 2,5 cms, dont la base se trouve au niveau de la grande courbure et l'extrémité libre le long de la petite courbure, aussi près que possible de la zone vasculaire, est alors repéré par quatre pinces : deux au niveau de la petite courbure, deux au niveau de la grande. La paroi de l'estomac étant toujours plus ou moins contractée surtout dans son diamètre transverse, lorsque ce lambeau sera libéré, sa longueur, primitivement de 3 cms, pourra atteindre 4 et même 5 cms.

La première incision est faite sur 2,5 cms, parallèlement à la petite courbure. Quand l'estomac est ouvert, une pince supplémentaire est placée au milieu de cette incision. Elle indique le point où commencera la suture. Des deux extrémités de cette incision, deux autres sont pratiquées à angle droit jusqu'à la base du lambeau, base repérée par les deux autres pinces.

Le lambeau rectangulaire est ainsi libéré.

On fait alors l'hémostase.

4. *Formation du tube plastique.* — Une sonde n° 14 est placée dans l'estomac ; la suture est commencée au niveau de la pince placée à cette intention sur la petite courbure.

Cette suture en deux plans se continue de façon à former autour de la sonde un tube de 1 cm. de diamètre environ. QUICK et MARTIN préconisent l'emploi de catgut chromé 00 pour la suture de la musculo-muqueuse, et font une suture de LEBERT pour la séreuse.

5. *Deuxième incision,* faite sur le doigt, parallèle à la première, aussi petite que possible. Elle passe à travers le grand droit gauche et comprend toute la paroi, y compris le péritoine. Le tube plastique est attiré à travers cet orifice jusqu'à la peau où il est abouché.

Ce temps est le seul qui offre quelques difficultés : en effet, il ne faut pas que cet orifice soit trop étroit, le tube ne pourrait, dans ce cas, y être attiré. Si l'orifice est trop large, l'action sphinctérienne devient illusoire comme dans les autres procédés sphinctériens.

6. *L'abouchement à la peau.* — Il se fait en ourlant la muqueuse stomacale à la peau.

7. *Fermeture de la cavité abdominale.* — Elle se fait en trois plans de façon tout à fait banale.

Soins post-opératoires.

Ils consistent dans le mode d'alimentation du malade et par leur importance, ils font presque partie de la technique opératoire.

Immédiatement après l'intervention, on peut donner au malade par sa sonde trois cuillerées à soupe d'eau, puis trois cuillerées à soupe de lait toutes les deux heures pendant 24 heures. On augmente alors progressivement jusqu'à donner cinq cuillerées à soupe toutes les deux heures, cela pendant 24 heures.

Le troisième jour, on augmente peu à peu jusqu'à 125 gr. Quand on atteint 250 gr. par prise, on espace le nombre des repas à toutes les trois ou quatre heures ; on arrive ainsi à supprimer l'alimentation de la nuit.

Au bout du cinquième ou du sixième jour, on peut commencer à adjoindre du lactose, des œufs, des jus de fruits. L'alimentation progressive a pour but moins d'éviter la distension que des troubles gastro-intestinaux, chez des malades dont les fonctions digestives sont partiellement disparues.

S'il y a diarrhée, la dose par prise doit retomber à 100 grammes de lait contenant quelques gouttes de teinture d'opium.

Lever du troisième au cinquième jour, avec une sangle abdominale. Après cicatrisation complète, la sonde est enlevée et mise en place seulement au moment des repas.

Au moment où on enlève la sonde, il suffit de comprimer quelques secondes l'orifice pour éviter le reflux des aliments.

B) OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

M. G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital pour cancer de l'œsophage en octobre 1934.

Le début remonte à 7 mois ; à ce moment, difficulté pour avaler les aliments solides. Pour faire progresser les aliments, le malade était obligé de boire après chaque bouchée.

Trois mois après, la dysphagie devient de plus en plus prononcée ; l'alimentation liquide est seule possible ; régurgitation immédiatement après l'ingestion, jamais de vomissements alimentaires.

Dans les antécédents de ce malade, on ne relève pas de tabagisme, pas de spécificité, un éthyisme léger.

Le 3 novembre 1934, on pratique une gastrostomie par le procédé décrit précédemment (D^r PAOLI).

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

Le 11 décembre 1934, le malade est revu : l'orifice de la gastrostomie est parfaitement continent, la sonde est introduite au moment des repas ; il ne s'écoule pas de liquides quand on la retire.

En janvier 1935, la bouche stomacale fonctionne toujours parfaitement ; sous l'influence du repos, le malade a pu reprendre l'alimentation par la bouche, il avale du pain et de la viande.

OBSERVATION N° 2

M. G..., âgé de 57 ans, entre au C. A. C. en octobre 1934 pour un cancer de l'œsophage dont le début remonte en juin 1934.

Avant cette date, état général parfait, le malade a senti pour la première fois une gêne en avalant du pain et il est obligé de boire pour faciliter la déglutition.

En juillet, l'alimentation solide devient impossible. Le malade ne présente ni vomissements, ni régurgitations.

Au début août, la dysphagie augmente, l'alimentation liquide devient très difficile, les vomissements surviennent. Amaigrissements de 12 kgs, de juillet à octobre. Au milieu d'octobre, la dysphagie est absolue.

Comme antécédents, outre un abcès du foie et du paludisme, on relève chez ce malade un tabagisme et un éthylisme marqué ; pas de spécificité connue.

Gastrostomie en novembre 1934 (D^r PAOLI).

En décembre, le malade est revu ; augmentation de poids de 2 kgs. A l'examen, on note que l'orifice est parfaitement continant, la sonde est introduite seulement au moment des repas et il ne s'écoule pas de liquides lorsqu'on la retire.

Outre ces deux opérations typiques, en voici quelques-unes sur lesquelles nous n'avons que quelques renseignements :

OBSERVATION N° 3

M V..., entré au C. A. C. de Marseille pour un épithélioma à type intermédiaire, à prédominance baso-cellulaire.

Ce malade a été opéré le 30 mars 1933 par le procédé de DEPAGE-JANEWAY (D^r PAOLI). La sonde a été placée dans le duodénum. Le malade a été revu au bout d'un mois, la continence de la bouche était parfaite.

OBSERVATION N° 4

M. M., entre dans le service d'O. R. L. de la conception, le 16 novembre 1934, pour un cancer de l'œsophage. Il a été opéré dans ce service (D^r CARREGA) par ce même procédé, en novembre 1934 ; à sa sortie de l'hôpital, le 18 novembre 1934, la continence de sa gastrostomie est parfaite.

OBSERVATION N° 5

M. C..., entré dans le service d'O. R. L. de la Conception le 5 novembre 1936, pour un cancer de l'œsophage. Il a été opéré dans ce service le 6 novembre par ce procédé (D^r CARREGA). Quand il est sorti de l'hôpital, le 20 novembre 1936, il s'alimentait parfaitement par sa sonde, l'orifice était absolument continant.

OBSERVATION N° 6

M. M..., entré à la Conception le 30 juin 1936 pour un néoplasme de l'œsophage. Il a été opéré le 21 juillet 1936 par le procédé de DEPAGE-JANEWAY (D^r CARREGA).

Il sort de l'hôpital le 19 août 1936. A ce moment, l'alimentation est très facile par la sonde, il n'y a ni reflux de suc gastrique, ni d'aliments.

OBSERVATION N° 7

M. C..., entré dans le service d'O. R. L. de la Conception pour un cancer de l'œsophage.

Il est opéré dans ce service, le 20 avril 1936, sous anesthésie locale, par le procédé de DEPAGE-JANEWAY.

Quand il sort de l'hôpital, la continence de sa bouche est parfaite.

OBSERVATION N° 8

M. G... entre à la Conception le 14 février 1938, pour un néoplasme de l'œsophage ayant débuté, en novembre 1937, par une dysphagie, d'abord pour les aliments solides, puis liquides. En juillet 1938, il est opéré par ce procédé (D^r CARREGA).

Le malade est revu en juillet 1938 et on peut constater que la continence de la bouche est parfaite.

L'œsophagoscopie, pratiquée le 11 mai, a montré la présence à 22 cms des arcades dentaires, d'un bourgeonnement circulaire obstruant toute la lumière.

C) RESULTATS

Dans ces quelques observations, nous voyons tout d'abord que nous n'avons pas un seul décès post-opératoire à relever. Nos observations sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'établir un pourcentage de mortalité postopératoire, mais elles sont déjà une indication capable de nous faire espérer obtenir un taux très faible se rapprochant beaucoup plus des 5,8 % rapportés par QUICK et MARTIN, que des 20 % reconnus par la majorité des auteurs.

Nous voyons ensuite, que le fonctionnement de la gastrostomie a permis une reprise de poids assez rapide, une amélioration de l'état général, quelquefois même une régression de la dysphagie, d'où possibilité de reprendre partiellement l'alimentation *per os*.

Nous voyons enfin que dans tous les cas, le malade ne signale aucune gêne due à la gastrostomie. L'alimentation est facile, la continence parfaite.

A quoi sont dus ces résultats ?

A) Tout d'abord, au fait d'avoir pu obtenir une bouche dont la continence est absolue, et cela, non seulement dans les quelques jours qui suivent l'intervention, mais même de façon définitive. *Quelles sont les causes de cette continence ?*

1. Action sphinctérienne du muscle grand droit, causée par le passage du tube à travers un orifice aussi étroit que possible, circonscrit par des fibres qui ont

subi des délabrements minimes, puisque l'incision primitive a respecté ce muscle.

Cette action sphinctérienne existe dans bien d'autres méthodes ; aussi nous ne lui faisons jouer qu'un rôle accessoire, quoique cependant réel.

2. La continence est créée également par le fait que l'on substitue ici un trajet à un orifice simple ; que ce trajet étant un tube plastique, a tendance à s'oblitérer spontanément par accolement de ses parois lorsqu'il est vide. Il se comporte comme une veine ou comme l'urètre dont la cavité est virtuelle pendant sa vacuité.

3. Après un repas, l'estomac étant dilaté par la plénitude de sa cavité, a tendance également à s'appuyer contre la paroi abdominale antérieure, et par là, il accentue l'oblitération du tube placé entre les deux.

B) Outre la continence, un avantage primordial est créé par la structure anatomique du tube qui, véritable appendice naturel de l'estomac, est capable de subir le passage d'aliments, le reflux possible du sac gastrique sans en ressentir une altération ou une infection quelconque, puisqu'il est tapissé de muqueuse gastrique.

C) L'alimentation est facile, puisque la sonde peut être mise en place au moment des repas seulement. Cette pose est facile à tel point que le malade peut s'en charger lui-même sans risquer de créer un faux trajet, grâce à l'abouchement, par un véritable méat où la muqueuse gastrique se continue avec la peau.

L'alimentation est très précoce et ceci nous semble encore avoir un rôle fondamental chez ces malades amaigris, cachectiques qui ont besoin d'être alimentés progressivement, mais rapidement.

CONCLUSIONS

Le cancer de l'œsophage ne peut qu'exceptionnellement bénéficier d'un traitement curatif.

Seul un traitement palliatif est à envisager et parmi ceux qui se présentent: radium, dilatation, gastrostomie, cette dernière est celle qui nous paraît donner les meilleurs résultats. Parmi les procédés si nombreux de gastrostomie, certains sont intéressants, soit par leur simplicité et la rapidité de leur exécution, soit au contraire, quoique complexes, parce qu'ils paraissent arriver à une continence suffisante.

A) Cependant, le procédé de DEPAGE-JANEWAY nous semble le plus satisfaisant :

1. Par sa continence.

2. Par sa résistance à l'autophagie.

3. Parce que cette opération relativement simple, puisqu'elle ne nécessite qu'une anesthésie locale et dure à peine une trentaine de minutes, ne présente aucun danger chez des malades pourtant débilisés ; la mortalité postopératoire est de l'ordre de 5 %.

4. Elle réalise le but que nous recherchions, c'est-à-dire de permettre une alimentation précoce, facile et complète.

B) Nous ne devons cependant pas nier qu'il est des cas où, par difficulté d'extérioriser l'estomac, nous

devrons substituer à cette méthode une autre plus simple, mais généralement moins satisfaisante.

Aussi nous voulons surtout insister sur ce qu'en dehors du choix de la méthode, deux facteurs restent primordiaux :

1. La rapidité de l'intervention ; son importance est évidente lorsque l'on pense à l'état dans lequel se trouvent nos malades lors de l'intervention.

2. La précocité du traitement. C'est le facteur essentiel du succès opératoire ; elle permet, en effet, de réduire au minimum les phénomènes de *schocks*, si légers soient-ils, qui accompagnent toute intervention chirurgicale.

Enfin, nous pouvons même affirmer qu'en évitant localement l'infection et l'irritation par le passage des aliments, l'intervention précoce ralentit l'évolution du cancer, tout en diminuant, grâce à une alimentation suffisante, la cachexie qui l'accompagne.

Vu et approuvé :
Le Président du Jury :
Lucien CORNIL.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
Lucien CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 19 Octobre 1940
Le Recteur : E. GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- BAROZZI. — « Considérations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marwedel en particulier, dans les sténoses du pylore » (*Thèse de Paris*, 1898).
- BRÉMOND. — « A propos de la gastrostomie » (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1931, T. V).
- DELVAUX. — « Nouvelle technique de gastrostomie » (*Société Nationale de Chirurgie*, 1923).
- DEPAGE. — « Résultat d'une nouvelle méthode de gastrostomie » (*Association française de Chirurgie*, mars 1903).
- FONTAN. — « Gastrostomie valvulaire » (*Congrès de Chirurgie* de 1896).
- GERNEZ. — « Nouvelle technique de gastrostomie » (*Presse Médicale*, 1930).
- GUIBE et QUENU. — « Précis de technique opératoire ».
- GRÉGOIRE. — « Chirurgie de l'œsophage » (Masson, éditeurs, 1935).
- HARTMANN. — « Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage » (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1897).
- HO-DAC-DI. — « Du procédé de Witzel dans la gastrostomie » (*Thèse Paris*, 1929).
- JANEWAY. — *Journal of American medical Association*, 1913, N° LXVI, « The relation of gastrostomy to inoperable carcinoma of the œsophagus, with a description of a new method of performing gastrostomy.
- LEMARCHANT. — *Thèse Paris* (1900).
- LECÈNE et LERICHE. — « Gastrostomie : technique de Witzel » (*Thérapeutique Chirurgicale*, T. II).
- LÆWY. — « Dilatation du cancer de l'œsophage » (*Société Nationale de Chirurgie*, 1933).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
